

University of Groningen

Het hulpverleningsteam rondom gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Thoburn, June; Knorth, Erik J.; Knot-Dickscheit, Jana

Published in:
Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Thoburn, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2019). Het hulpverleningsteam rondom gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Bevindingen uit Engels onderzoek. In J. Knot-Dickscheit, & E. J. Knorth (editors), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (blz. 357-379). (Ortho-Reeks). Lemniscaat.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Het hulpverleningsteam rondom gezinnen met meervoudige en complexe problemen:
Bevindingen uit Engels onderzoek

J. Thoburn, E.J. Knorth en J. Knot-Dickscheit

Rijksuniversiteit Groningen

Finale versie

Verschijnt in:

J. Knot-Dickscheit en E.J. Knorth (red.)

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen:

theorie en praktijk

Noot van de auteur:

E.J. Knorth, Afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentie over deze bijdrage: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek, t.a.v. Erik Knorth, PhD, Grote Rozenstraat 39, 9712 TJ Groningen, E-mail: E.J.Knorth@rug.nl.

Het hulpverleningsteam rondom gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Bevindingen uit Engels onderzoek¹

J. Thoburn, E.J. Knorth en J. Knot-Dickscheit

Samenvatting

Deze bijdrage gaat over onderzoek naar het Westminster Family Recovery Project (FRP). Dit is een van de 15 Engelse *Think Family*-projecten, die recent zijn ontwikkeld als antwoord op de constatering dat hulp vaak niet de gezinnen met de meest ernstige problemen bereikt. Bij FRP gaat het om een intensieve outreachende (IO-)benadering van gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Er wordt een multidisciplinair team (*Team Around the Family*, TAF) samengesteld met de IO-werker als spil. De volgende basisprincipes staan centraal: a) er is sprake van een empathische en ondersteunende houding naar ouders en kinderen; b) er moet snel duidelijkheid ontstaan over wat er zou moeten veranderen, met respect voor de visie van de ouders op wat het beste kan worden gedaan; c) veiligheid en welzijn van kinderen staan voorop, werkers zijn eerlijk wanneer dwingende maatregelen nodig zijn; d) er is individuele aandacht voor de ouders en oog voor hun praktische, relationele en gezondheidsproblemen; e) de benadering behelst een *flexibele* combinatie van praktische hulp, ondersteuning, educatie, en behandeling. Onderzoek laat zien dat – gemiddeld genomen – gezinnen (N=33) zeven contacten in de 14 dagen hebben met (vooral) de IO-werker of een ander TAF-lid. Hulptrajecten duren gemiddeld 28 weken (min. 6; max. 69). Bij afsluiting van de hulp is het welzijn van meerdere gezinsleden in bijna tweederde van de gezinnen (63%), naar verwachting duurzaam, verbeterd.

Trefwoorden: Westminster Family Recovery Project, team rond het gezin, intensief outreachend werk

¹ Dit hoofdstuk is een sterk bewerkte en ingekorte versie van: Thoburn, J., Cooper, N., Connolly, S., & Brandon, M. (2013). The place of 'think family' approaches in child and family social work. *Children and Youth Services Review*, 35, 228-236. Vertaling naar het Nederlands en tekstbewerking werden gerealiseerd door de redacteurs van dit boek.

1 **Inleiding**

1.1 Hulpverlening aan gezinnen met complexe en meervoudige problemen

In de Engelse jeugd- en gezinshulpverlening² lag de afgelopen jaren het accent in sommige perioden op hulpverlening aan het gehele gezin (dit is een aanpak gericht op het welzijn van kind én gezin), terwijl in andere perioden het beschermen van het kind tegen mishandeling centraal stond; dit met inbegrip van het bieden van zorg buitenshuis indien jeugdbeschermingsinstanties onvoldoende verbeteringen konden bewerkstelligen in de thuissituatie. Ten aanzien van de naoorlogse welzijnszorg bestond er in Groot-Brittannië consensus: het accent zou moeten liggen op gezinsondersteuning. Uitgangspunt was dat kwetsbare gezinnen tijdens moeilijke perioden op vrijwillige basis konden worden ondersteund. In de Children Act uit 1989 werd nog steeds de nadruk gelegd op gezinshulp, maar werden ook duidelijke bepalingen vastgelegd ten aanzien van de bescherming van kinderen. In de Children Act uit 2004 werd de gezinsbenadering ‘afgepeld’ door de jeugdzorg te scheiden van de zorg voor kwetsbare volwassenen (van wie de meesten ook ouders zijn). Deze tendens heeft zich sindsdien voortgezet. Tunstill, Aldgate en Thoburn (2010) hebben de accentverschuiving van ‘welzijn van het hele gezin’ naar ‘bescherming van het kind’ in kaart gebracht sinds de invoering in 1991 van de Children Act uit 1989. Tijdens de onderzochte periode kwamen beide benaderingen voor in beleidsdocumenten. Toen de Children Act uit 2004 werd geïntroduceerd, pleitten overheidswerkgroepen voor vroegtijdige interventies (oftewel interventies op jonge leeftijd), met name bij gezinnen met jonge kinderen in achterstandsgebieden (zoals de lokale *Sure Start*-programma's beschreven door Tunstill et al., 2005). Ze pleitten ook voor vroegtijdig optreden om ingrijpender en duurdere interventies te voorkomen, zoals het inschakelen van de kinderbescherming, het opstarten van zorgtrajecten of het initiëren van een voogdijschap (Cabinet Office, 2007). Deze programma's gingen soms gepaard met een lange reeks ‘pilots’ die geheel of gedeeltelijk door de overheid werden gefinancierd. Om de kinderen in ‘probleemgezinnen’, ‘gezinnen met complexe problemen’ en, meer recent, de naar schatting 120.000 ‘kwetsbare gezinnen’

² De Engelse jeugd- en gezinshulpverlening valt onder de *England and Wales Children Act* uit 1989. Deze is grotendeels gebaseerd op het Verdrag inzake de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties. Wetgeving en begeleiding vallen onder de verantwoordelijkheid van de overheid. De jeugd- en gezinshulpverlening wordt feitelijk aangeboden door lokale jeugdzorginstellingen, en met name door geregistreerde jeugd- en gezinswerkers in samenwerking met professionals verbonden aan andere (bijvoorbeeld medische) instellingen en vrijwilligersorganisaties.

waar het Department for Communities and Local Government (DCLG, 2011) zich op richtte, een betere toekomst te bieden, werden de zogeheten *Family Intervention Projects* (FIP's) en *Think Family Pathfinders* opgezet en geëvalueerd.

In dit hoofdstuk wordt een project dat deel uitmaakte van het laatstgenoemde programma, het zogeheten *Westminster Family Recovery Project* (FRP), beschreven en geanalyseerd.

1.2 Onderzoek naar benaderingen gericht op gezinnen met meervoudige problemen
Er bestaat een grote hoeveelheid Engelstalige wetenschappelijke en praktijkgerelateerde literatuur over benaderingen die zijn gericht op gezinnen met complexe en meervoudige problemen. De gehanteerde terminologie is veranderd sinds Philp en Timms (1962) en Philp (1963) de basisprincipes en gehanteerde methoden hebben beschreven van *Family Service Units* die met 'probleemgezinnen' werken. Sinds de jaren '70 van de vorige eeuw ontwikkelden niet zozeer maatschappelijk werkers in het veld, maar klinisch werkzame psychologen praktijkgerichte benaderingen en therapeutische interventies. Dit gold vooral voor de Verenigde Staten. In de jaren '80 en '90 zetten Amerikaanse organisaties die zich ten doel stelden gezinnen bijeen te houden (dus uithuisplaatsing van een of meerdere kinderen te voorkomen), demonstratieprojecten op die meestal waren gebaseerd op de *Homebuilders*-aanpak. Deze 'modelprogramma's' waren intensiever dan eerdere gezinsbenaderingen. Bij sommige van deze programma's was een hooggekwalificeerde maatschappelijk werker (en daarnaast een supervisor die ook bekend is met de gezinnen) 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar voor ongeveer vier gezinnen, bij voorkeur niet langer dan vier weken. Deze aanpak was theoretisch en praktisch meestal gebaseerd op een combinatie van cognitief-gedragsmatige, probleemoplossende en ecologische benaderingen. De eerste bevindingen van de initiatiefnemers waren wel héél erg positief en werden in twijfel getrokken door onafhankelijke onderzoekers (Schuerman, Rzepnicki, & Littell, 1994). Toch zijn veel aspecten van deze benadering overgenomen in daaropvolgende programma's gericht op het hele gezin. Dit gold voor een aantal welvarende landen, waaronder Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Tijdens de eerste evaluaties werd erop gewezen dat de geboekte vooruitgang na beëindiging van het programma verloren kon gaan door de korte duur en het ontbreken van nazorg. Met deze kanttekeningen werd rekening gehouden tijdens het proefproject met aangepaste *Homebuilders*-programma's in het Verenigd Koninkrijk (zie de evaluatie van Brandon en Connolly in 2006 van het National Children's Home (NCH) project 'Action for Children' genaamd: *Families First*). De onderzoeksgegevens zijn samengevat in

de twaalf *Messages from Research* rapporten (zie bijv. Department of Health, 1995, 2001; Quinton, 2004; Thoburn, 2010; zie ook Knorth, 2010).

In het vervolg werd er steeds vaker gekozen voor meer gestructureerde en minder intensieve modelprogramma's op basis van 'sociaal leren' principes (Sanders, Cann, & Markie-Dadds, 2003a, 2003b). Lindsay en collega's (2011) doen verslag van een observationele evaluatie van drie modelprogramma's op het gebied van ouderschap die vaak werden toegepast in de gezinshulpverlening in het Verenigd Koninkrijk. Deze programma's bleken het meest effectief te zijn voor gezinnen bij wie de problemen nog niet zo lang bestonden en bij gezinnen met tieners die probleemgedrag vertoonden. Bij gezinnen met complexe problemen en een verhoogd risico op mishandeling bleek de effectiviteit matig te zijn (Barth et al., 2005; MacMillan, Wathan, Barlow, Fergusson, Leventhal, & Taussig, 2009). In de door de Britse overheid gefinancierde *Family Intervention Pilots* (FIP's) werden onderdelen van deze programma's en van geprotocolleerde modelprogramma's opgenomen. Een specifiek Brits kenmerk was de verplichting om bij positieve benaderingen tevens duidelijk te maken welke sancties zouden volgen indien er geen gedragsverbetering zou volgen (de zogeheten 'zorg met gevolgen' of benadering met 'beloningen en straffen'). De eerste FIP's stoelden namelijk op bezorgdheid onder politici over burens die overlast gaven, en antisociaal gedrag en criminaliteit onder kinderen en volwassenen.

2. Het Westminster Family Recovery Project

Deze bijdrage gaat nader in op het *Westminster Family Recovery Project* (FRP). Dit was een van de 15 *Think Family*-projecten, die deels werden gefinancierd door de overheid nadat uit eerdere evaluaties van de FIP-projecten (zie Dixon et al., 2010; Flint, Batty, Parr, Platt-Fowler, & Nixon, 2011; National Centre for Social Research, 2011; Nixon, Parr, Hunter, Myers, Sanderson, & Whittle, 2008; Pawson et al., 2005) was gebleken dat de hulp vaak niet de gezinnen met de ernstigste problemen bereikte. Dit gold met name voor gezinnen met baby's en kinderen in de preadolescentie met een verhoogde kans op mishandeling of met een indicatie voor uithuisplaatsing.

Naast de gepubliceerde evaluaties van de FIP-programma's was er ook een bescheiden maar gestage stroom van kritiek op de benadering 'met beloningen en straffen'. Al in 1987 plaatsten Rojeck en Collins (die voortborduurden op het werk van Handler uit 1973) kanttekeningen bij het gebruik van contracten, omdat de machtsverhouding tussen de zorgverlener en de cliënt erg ongelijk was. Zij concludeerden dat deze contracten soms beter

konden worden omschreven als overeenkomsten, waarbij de cliënt in de val werd gelokt ('con-tricks'). Pawson et al. (2005), Garrett (2007), Spratt (2009) en Gregg (2010) hadden eveneens bedenkingen bij sommige aspecten van de op contracten gebaseerde hulpverlening binnen de gezinsinterventieprojecten.

Na afloop van deze proefprojecten introduceerde de regering via alle lokale overheden een vorm van gezinshulp, genaamd het *Troubled Families*-programma (Brandon, Sorensen, Thoburn, Bailey, & Connolly, 2015; Davies, 2015; DCLG, 2012; Thoburn, 2013). Het doel van dit deels door de overheid gefinancierde programma was om de bovengenoemde beleidsinitiatieven te actualiseren en de *Think Families*-programma's, waarvan het *Westminster FRP* deel uitmaakte en waarvan een uitgebreidere evaluatie beschikbaar was (Kendall, Rodger, & Palmer, 2010), verder te ontwikkelen. De mate van bereik en het vermeende succes van de implementatie (Casey, 2013) worden echter betwist in een evaluatiestudie die werd gefinancierd door de overheid (Bewley, George, Rienzo, & Portes, 2016), alsmede in een onafhankelijk evaluatieonderzoek, uitgevoerd door Crossley (2018).

2.1 Waarom evaluatie van het Westminster Family Recovery Project?

Het programma was multidisciplinair van opzet en werd uitgevoerd door meerdere organisaties. Sommige medewerkers waren in dienst van lokale jeugdzorginstellingen, terwijl andere teamleden afkomstig waren van partnerorganisaties (met name gezondheids-, onderwijs- en politiediensten en gespecialiseerde vrijwilligersorganisaties). In het kader van de aanbestedingsprocedure dienden organisaties op het gebied van gezondheid, politie, onderwijs en verslavingszorg een bijdrage te leveren aan het budget. Dit kon een rechtstreekse bijdrage of een bijdrage 'in natura' zijn door medewerkers te detacheren bij het FRP-team. Het team bestond uit de volgende leden (van wie sommige parttime deelnamen):

- een FRP-teamleider (een senior maatschappelijk werker jeugdzorg)
- twee assistent teamleiders (senior maatschappelijk werkers jeugdzorg)
- acht fte aan medewerkers die *intensief outreachend* werken (afgekort: IO-werker); zij hebben een gevarieerde achtergrond qua onderwijs, werk en relevante ervaring
- een bedrijfsmanager
- een informatiewetenschapper/data-analist
- een maatschappelijk werker geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen
- twee medewerkers gespecialiseerd in huiselijk geweld
- een maatschappelijk werker gespecialiseerd in verslavingszorg

- een *health visitor* (een verpleegkundige gespecialiseerd in gezinsondersteuning)
- een adviseur op het gebied van sociale uitkeringen en schulden (op parttime basis gedetacheerd vanuit een gezinscentrum)
- een leerkracht in de hoedanigheid van *school link worker* (ondersteuner van kinderen en gezinnen op school)
- een adviseur op het gebied van huisvesting

Lokale overheden die een aanvraag indienden voor overheidsfinanciering moesten aantonen welke lering ze hadden getrokken uit de FIP-evaluaties, en hoe ze hun programma aan de hand van deze evaluaties hadden aangepast. De FRP, de FIP's en de overige *Think Family pathfinders* vertoonden de volgende overeenkomsten:

- Het welzijn van de kinderen stond voorop. De hulpverlening vond vooral thuis of in de buurt plaats. Elk gezinslid kon een beroep doen op hulp, die vervolgens werd afgestemd op zijn/haar specifieke behoeften en problemen.
- Rondom elk gezin werd een netwerk gevormd dat bestond uit een IO-werker en overige relevante professionals uit algemene en specifieke dienstverlenende instellingen voor jongeren en volwassenen.
- Aan het begin van het hulptraject werd een plan opgesteld waarin de beloning (bijvoorbeeld betere huisvesting of het opheffen van een zogeheten 'Antisocial Behaviour Order') maar ook de gevolgen als de doelen *niet* werden behaald, werden vastgelegd.

Daarnaast gold voor het *Westminster* FRP het volgende:

- Het FRP-programma werd uitgevoerd door het team jeugdzorg. Het team bevond zich in hetzelfde gebouw als sommige kinderbeschermingsteams en teams van maatschappelijk werkers in de gemeente Westminster.
- Het multidisciplinaire team stond onder leiding van gediplomeerde maatschappelijk werkers jeugdzorg. Het accent binnen het team lag op maatschappelijk werk.
- Er werd veel waarde gehecht aan specialistische inbreng in het werk met de individuele gezinnen en het project in het algemeen. Daarom bestond het team ook uit professionals op het gebied van jeugd- en volwassenenzorg, eerste- en tweedelijns lichamelijke en geestelijke gezondheids- en verslavingszorg, onderwijs, huisvesting, buurtveiligheid (inclusief deskundigen die ervaring hadden met plegers en slachtoffers van huiselijk geweld), sociale zekerheid, schuldenproblematiek en arbeidsbemiddeling.

- Informatieanalisten van de FRP (inclusief de bij het team gedetacheerde politieagenten) verzamelden en actualiseerden informatie uit alle relevante bronnen, indien de betreffende ouders daarmee instemden.
- De dagelijkse werkcontacten met het gezin verliepen grotendeels via twee teamleden die het voortouw namen, namelijk een FRP IO-werker en een professional op het gebied van jeugdzorg. De laatste was meestal lid van het plaatselijk team van maatschappelijk werkers ten behoeve van jeugd- en gezinsondersteuning.
- Er werden zogeheten ‘Team rondom het gezin’ (Team Around the Family, TAF) - bijeenkomsten gehouden onder leiding van de teamleider die het werk van de bovengenoemde IO-werker superviseerde. Ongeveer één keer per drie weken vond een bijeenkomst plaats met de betrokken professionals. Ongeveer één keer per zes weken schoven de gezinsleden aan.

2.2 Doel en methode van onderzoek

Het onderzoek had zowel procesmatige (beschrijvende) als evaluatieve componenten waardoor de onderzoekers zowel tijdens als na afloop van de onderzoeksperiode een bijdrage konden leveren aan de (verdere vormgeving van de) hulpverlening.

Er werd een brede etnografische aanpak gehanteerd tijdens de observationele studie naar interacties tussen de teamleden en naar besluitvorming in individuele gevallen (Broadhurst et al., 2009). Twee leden van het onderzoeksteam verzamelden gegevens uit elektronische dossiers, observeerden de interacties tussen de teamleden en hielden zowel ‘gelegenheidsinterviews’ als geplande interviews met teamleden. Bij een subgroep van 33 gezinnen (dit zijn de eersten uit de groep deelnemende gezinnen [N=100] die TAF-bijeenkomsten hebben gehad; dit wordt ook wel de ‘kleine onderzoeksgroep’ genoemd – zie ook verderop) werden beschrijvende en tussentijdse uitkomstgegevens geanalyseerd aan de hand van op systematische wijze verzamelde dossiergegevens. Deze werden aangevuld met kwalitatieve gegevens verkregen uit interviews met managers en casewerkers, en met observaties tijdens de TAF-bijeenkomsten. Er werden gelegenheidsgesprekken gevoerd met een klein aantal ouders die de TAF-bijeenkomsten bijwoonden en met professionals die geen onderdeel uitmaakten van het FRP-team, maar wel lid waren van de teams rondom individuele gezinnen.

Van alle gezinnen die in het eerste jaar (2009-2010) waren verwezen, waren basale demografische gegevens voorhanden. De onderzoekers analyseerden deze gegevens op

basis van de eerste 100 afgeronde dossiers. Er werden zogeheten ‘researcher rating’-protocollen opgesteld om de analyse uit te voeren. Aan de hand hiervan werd een onderverdeling gemaakt naar type gezin, mate van ernst/complexiteit van de problemen, patronen in de hulpverlening, benadering van hulpverlening, en uitkomsten voor ouders en kinderen. Thoburn et al. (2013) geven een nadere beschrijving van de onderzoeksmethode.

De ervaringen van de ouders en kinderen werden niet systematisch onderzocht. Om de mate van tevredenheid over de hulpverlening te kunnen vaststellen, hebben we ons gebaseerd op deze ervaringen zoals weergegeven in de dossiers, op informatie die professionals hierover gaven tijdens de interviews, en op een beperkt aantal gesprekken voorafgaand aan en na afloop van de bijeenkomsten die zowel de ouders en kinderen als de onderzoekers bijwoonden. We vulden onze bevindingen aan met resultaten van Davies (2015). In deze publicatie worden gegevens over de mate van tevredenheid beschreven onder ouders en collega’s over de hulpverlening van een andere lokale overheid die een vergelijkbare aanpak hanteerde.

3. Onderzoeksresultaten

3.1 De gezinnen

De *Think Family Pathfinders* programma’s zijn bedoeld voor gezinnen met complexe meervoudige problemen ‘... die het slecht doen. Hieronder vallen ook gezinnen die onvoldoende worden bereikt en ondersteund door bestaande instellingen’ (Department for Education, 2010, p. 1). In de loop van het project richtte het FRP-team zich steeds meer op gezinnen die vanwege de complexiteit van de problemen een verhoogde kans liepen op jeugdzorgmaatregelen, omdat het kind beschermd diende te worden en/of het risico liep uithuisgeplaatst te moeten worden. Vanaf oktober 2008 tot eind april 2011 werden 306 gezinnen verwezen naar het FRP-team. Daarvan kregen 135 gezinnen (44%) een traject aangeboden. Hiervan namen 121 gezinnen het aanbod aan, terwijl 14 gezinnen een aanbod afwezen. Een meerderheid van 167 gezinnen (56%) voldeed niet aan de FRP-inclusiecriteria of woonde in een andere gemeente.

In tegenstelling tot wat de beleidsmakers hadden verwacht, bestond de onderzoeksgroep maar voor een klein deel uit zeer jonge ouders. De gemiddelde leeftijd van de moeders in het gehele cohort (de eerste 100 uit de groep van 121) was 40 jaar ($SD=8.85$), en varieerde van 20 tot 59 jaar. Zoals verwacht waren er meer gezinnen met drie of meer

kinderen dan in de gemiddelde populatie, mede aangezien ‘complexiteit’ van de problematiek een van de redenen voor verwijzing was. Een grote minderheid van de gezinnen bestond uit ouders met kinderen uit verschillende leeftijdsgroepen, onder wie volwassen ‘kinderen’ die nog thuis of in de buurt woonden. Sommige vaders hadden kinderen uit een eerdere relatie, en sommige kinderen waren uit huis geplaatst of geadopteerd. In 64% van de gezinnen met thuiswonende kinderen woonden de kinderen bij hun biologische vader en moeder. Er waren ook ouders (met name vaders) met kinderen bij verschillende partners. Hierdoor konden spanningen oplopen, vooral als de eerdere relatie gepaard was gegaan met geweld tussen de partners.

Bij 26 van de 100 gezinnen uit het cohort ontbraken gegevens over de etniciteit van de moeder (en bij een nog groter aantal over die van de vader). Uit de beschikbare gegevens bleek dat 22 ouders ‘blanke Britten’ waren. Bij de 52 overige gezinnen bleek de vader of moeder tot een groep van 51 verschillende etnische minderheden te behoren. Twintig moeders bleken de Engelse taal niet goed te beheersen in woord en geschrift. Het team kon zo nodig een beroep doen op tolken en vertaaldiensten.

Gegevens over alcohol- en drugsmisbruik waren beschikbaar voor ongeveer een kwart van de gezinnen. Gegevens over criminaliteit (gedefinieerd als ooit in aanraking zijn geweest met de politie) waren beschikbaar voor 75% van de ouders of oudere kinderen.

Ten minste 60% van de ouders in de gezinnen uit de kleine onderzoeksgroep (n=33) had psychische problemen (meestal niet officieel gediagnostiseerd of alleen behandeld in de eerstelijnszorg). In het grote cohort was sprake van onderrapportage van lichamelijke problemen bij ouders en kinderen. In de kleine onderzoeksgroep met 33 gezinnen had bij één op de vijf gezinnen een ouder een lichamelijk probleem. Bij een op de drie gezinnen in deze groep had ten minste één kind een lichamelijk probleem.

Wat betreft misbruik of verwaarlozing kan het volgende worden gezegd. In de kleine onderzoeksgroep (wier dossiergegevens een completer beeld gaven) werden bij 91% van de gezinnen vraagtekens gezet bij de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Bij 88% bestond er de kans dat er een kinderschermingsmaatregel zou moeten worden genomen, of was deze al genomen. Sommige gezinnen waren ‘moeilijk te bereiken’, en sommige hadden weliswaar hulp gezocht maar waren eerder aangemerkt als ‘moeilijk te veranderen’ (Thoburn, 2010). In de dossiers van gezinnen die al een aantal jaren bekend waren bij instanties (en meestal kortdurend waren ondersteund tijdens crisissituaties), stonden nogal eens termen als ‘niet coöperatief’, ‘oppositieel’, ‘schijnmedewerking’ of zelfs ‘lastig’ vermeld. Tegelijk vonden we in de dossiers ook aanwijzingen die de hypothese van Daniel, Taylor en Scott

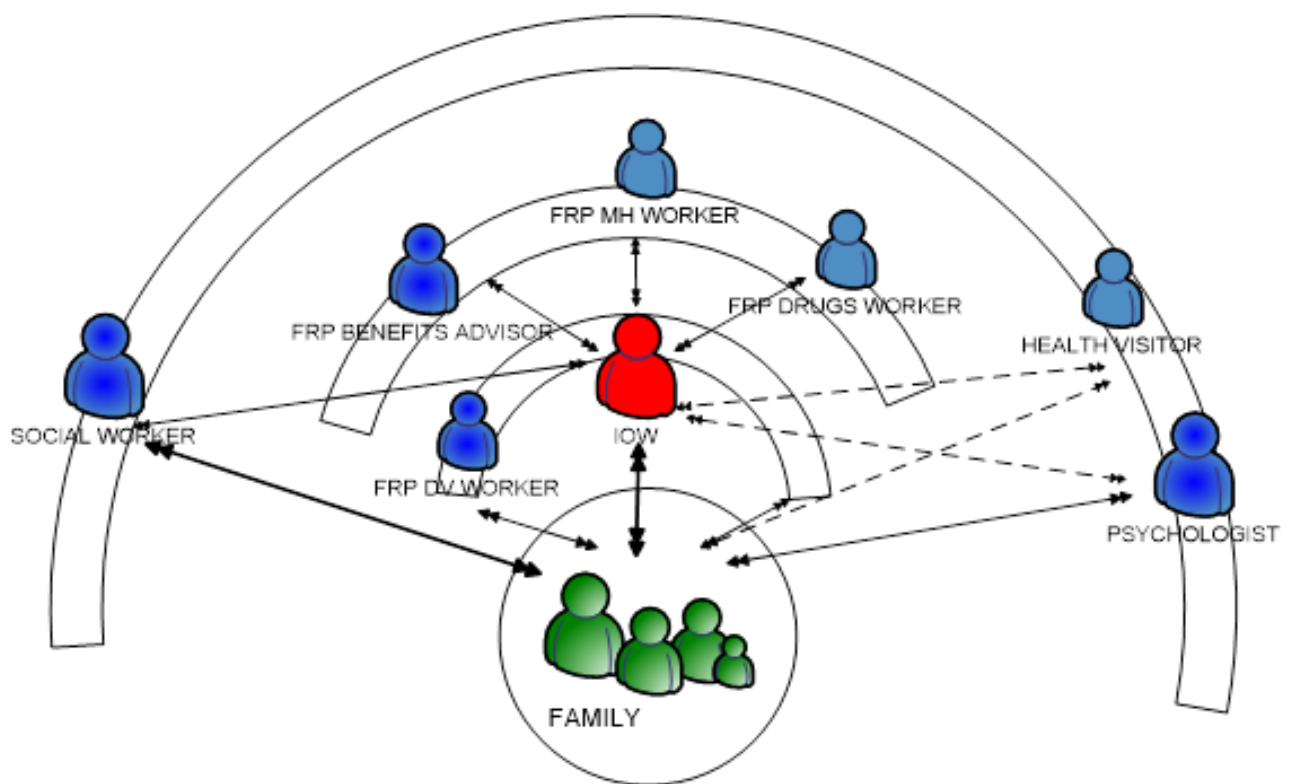
(2011) ondersteunen, namelijk dat ‘moeilijk te bereiken’ in feite duidt op een (organisatie-) probleem bij het leveren van hulp. Dit probleem was herkenbaar voor de planners en uitvoerders van het FRP-traject.

3.2 De onderdelen van het FRP-hulptraject

Hoewel het idee om te verwijzen vaak opkwam bij een lokale professional uit de ‘algemene dienstverlening’, vond de uiteindelijke verwijzing meestal plaats door een lokale instantie voor jeugdzorg of een maatschappelijk werker uit een lokaal team. De aanleiding voor verwijzing was de vaststelling dat een kind ‘dreigde te moeten worden uit huis geplaatst’ of bezorgdheid om de veiligheid van het kind. Een belangrijke factor was echter ook dat ten minste één ouder erkende dat het gezin zich in een cruciale fase bevond en misschien bereid was de flexibele maar tevens intensieve hulp van het FRP-team te accepteren. Na screening door het FRP-managementteam volgde een gesprek tussen een IO-werker en de ouders (bijna altijd in de vorm van een huisbezoek) over de hulp en ondersteuning die konden worden geboden, de doelen die de ouders wilden bereiken, en de veranderingen die de instanties nodig achtten om dwingender jeugdzorgmaatregelen te voorkomen. Tijdens het huisbezoek werd besproken welke professionals zouden deelnemen aan het ‘team rondom het gezin’ en werden er afspraken gemaakt over het delen van informatie op ‘need-to-know’-basis voor alle professionals die met de gezinsleden zouden samenwerken (zie Taylor en Thoburn [2015] voor een analyse van kwesties rond het delen van informatie en samenwerking). De IO-werker en ouder(s) ondertekenden het plan van aanpak voor de eerste fase van het FRP-hulptraject. Dit werd verder uitgewerkt tijdens een bijeenkomst met alle professionals die op dat moment bij het gezin betrokken waren. Tijdens deze bijeenkomst, die soms ook werd bijgewoond door de ouders en oudere kinderen, werd een kleiner ‘team rondom het gezin’ gevormd en werden twee professionals aangewezen die de leiding zouden nemen.

In Figuur 1 staat een schematische weergave van de samenstelling van het team rondom een gezin met vier kinderen in verschillende leeftijdscategorieën dat een langduriger hulptraject doorliep. Voor dit gezin gold het volgende: een of meer gezinsleden hadden verslavingsproblemen of psychische problemen, ten minste één kind had lichamelijke problemen, er waren onopgeloste problemen op het gebied van huiselijk geweld in een eerdere relatie, en er waren problemen op het gebied van inkomen en huisvesting met bijkomende schuldenproblematiek. Met de ononderbroken lijnen worden de belangrijkste relaties en communicatieroutes weergegeven. In de buitenste ‘halve maan’ bevinden zich de professionals uit de wijk die samen met de FRP-professionals het team rondom het gezin

vormden en iets minder intensieve ‘gebruikelijke zorg’ bleven leveren nadat het FRP-traject was afgerond.



Figuur 1. Een voorbeeld van een doorsneeteam rondom het gezin

Toelichting gehanteerde termen: Social worker = maatschappelijk werker; FRP benefits advisor = FRP-adviseur op het gebied van sociale uitkeringen; FRP MH worker = FRP-maatschappelijk werker geestelijke gezondheidszorg; FRP drugs worker = FRP-professional gespecialiseerd in verslavingszorg; Health visitor = een verpleegkundige gespecialiseerd in gezinsondersteuning; Psychologist = psycholoog; Family = gezin; FRP DV worker = FRP-professional gespecialiseerd in huiselijk geweld; IOW = intensieve outreach werker.

Eén, soms twee, IO-werker(s) was/waren intensief betrokken bij het hele gezin en zo nodig bij de ouders en kinderen afzonderlijk. De veiligheid en het welzijn van elk kind stond voorop. Verder namen de ouders, oudere kinderen en professionals gezamenlijk beslissingen over welke zorg het beste kon worden geboden en welke problemen het eerst moesten worden aangepakt. De tweede professional die het voortouw nam was meestal de maatschappelijk werker van jeugdzorg die het gezin al langer kende en waarschijnlijk had verwezen. De taak van deze professionals was niet alleen om te signaleren of de kinderen gevaar liepen, maar ook om het gezin te begeleiden. In het kader van de multidisciplinaire teambenadering deden deze twee professionals zo nodig een beroep op de deskundigheid van

andere teamleden zoals overeengekomen met de gezinsleden. Dit betekende dat een gespecialiseerde professional als consulent kon optreden voor de IO-werker, maar ook met hem/haar kon samenwerken of afgebakende taken op zich kon nemen, zoals een ouder helpen bij het oplossen van schulden of samen met een ouder naar school gaan om de terugkeer van een weggestuurd kind voor te bereiden.

De aanpak draaide om het afstemmen van de hulpverlening op de behoeften, wensen en mogelijkheden van de gezinsleden, en het aanpassen van de hulp bij gewijzigde omstandigheden. De driewekelijkse bijeenkomsten met de professionals en de zeswekelijkse TAF-bijeenkomsten met de ouders en oudere kinderen waren uiterst belangrijk, omdat op basis hiervan kon worden gezorgd dat de hulp doelmatig bleef. Tijdens deze bijeenkomsten werd het plan van aanpak eventueel aangepast, besloten of het FRP-hulptraject kon worden beëindigd, en vorm gegeven aan eventuele nazorg.

In een klein aantal gevallen werd het FRP-traject snel beëindigd, omdat een gezin zich terugtrok of verhuisde naar een andere gemeente. Als we deze gevallen buiten beschouwing laten, duurde het traject gemiddeld zeven maanden, variërend van vier tot 18 maanden. Het FRP-traject toonde een aantal overeenkomsten met voorgaande intensieve benaderingen gericht op gezinsbehoud, alsmede met een aantal geprotocolleerde, ‘evidence-based’ programma’s die tegelijkertijd met het FRP-traject werden onderzocht of geïntroduceerd (zoals bijvoorbeeld *Multi Systemic Therapy* en *Functional Family Therapy*). Het FRP-traject onderscheidde zich echter van deze programma’s doordat het *flexibel* was qua inhoud, benadering en duur van de hulpverlening.

In de eerste fase lag het accent meestal op het bieden van praktische ondersteuning bij de problemen waarvoor de gezinsleden hulp hadden geaccepteerd. Meestal bestond de hulp uit schuldhelpverlening, ondersteuning bij huisvestingsproblemen en problemen op school, en hulp om passende zorg voor lichamelijke of psychische problemen of verslaving te krijgen. Acute problemen op het gebied van huiselijk geweld waren meestal al (tijdelijk) opgelost voordat het FRP-programma van start ging. Toch was een professional op het gebied van huiselijk geweld vaak een belangrijk TAF-lid. Hij/zij richtte zich op de gevolgen van geweld dat (meestal) de moeder en de kinderen in het verleden hadden ondervonden.

Gemiddeld hadden gezinnen in de kleine onderzoeksgroep wekelijks drie keer contact (thuisbezoek, email, telefoon) met de IO-werker en één keer per 14 dagen met een ander TAF-lid. De frequentie van contacten was het hoogst tijdens de tweede maand van het traject. De hulptrajecten in dit sample duurden gemiddeld 28 weken (range 6-69 weken).

3.3 Benadering en methodieken van hulpverlening

De hulp aan individuele gezinnen en de aanpak van de teamleden en -managers in het algemeen vertoonden de kenmerken die volgens professionals en onderzoekers in eerdere studies gezinnen met complexe problemen het meest motiveerden tot verandering (Daniel et al., 2011; Featherstone et al., 2014; Thoburn, 2010). Het betrof de volgende kenmerken:

- Een empathische en ondersteunende houding
- Duidelijkheid over wat er zou moeten veranderen, met de kanttekening dat ouders het gezin het beste kennen oftewel respect voor hun visie op wat het beste kan worden gedaan
- Uitleg dat de veiligheid en het welzijn van de kinderen voorop staan, en eerlijkheid over wanneer dwingende(r) maatregelen nodig zijn
- Individuele aandacht voor de ouders en oog voor hun praktische, relationele en gezondheidsproblemen
- Een flexibele combinatie van praktische hulp, ondersteuning, educatieve benaderingen, en behandeling

Tijdens het onderzoek zagen we vaak hoe de onderlinge samenwerking werd gestimuleerd, met name met degenen die hun rol voor het eerst vervulden. De benadering was zorgzaam, respectvol en relatiegericht. Het team werkte in een fysieke ruimte met een stimulerende en inspirerende werking naar de teamleden en gezinnen. De telefoon werd altijd opgenomen, ook wanneer de collega voor wie het gesprek bedoeld was, afwezig was. Het teamlid dat de telefoon opnam, toonde betrokkenheid en gaf meteen terzake kundig advies aan een cliënt.

Ik was diep onder de indruk toen ik hier voor het eerst kwam. Iedereen bevond zich in één grote ruimte. Je kon gewoon naar iemand toe lopen en zeggen: “Ik heb Wim net gezien - hoe gaat het met het gezin?” Als professional heb je zo veel meer overzicht over welke kant het op gaat. Het gezin heeft hier ook baat bij: hoe begeleid je cliënten bijvoorbeeld bij het proces dat ze doormaken? (aldus de verslavingsdeskundige)

Over de benadering met ‘beloningen en straffen’ die bij Britse publieke fondsen zo populair is, kan het volgende worden gezegd. De voorkeur ging uit naar het benadrukken van ‘beloningen’ (inclusief het bieden van andere huisvesting en het doen van een appèl op liefdadigheidsinstellingen om schulden af te betalen). Toch was er ook duidelijkheid over de gevolgen indien er aanwijzingen waren dat een kind ernstige schade kon oplopen.

De benadering die wij hebben geobserveerd kwam het meest overeen met de *psychosociale aanpak*, waarbij de positie van de cliënt als uitgangspunt geldt (zie Tunstill,

Blewett, & Meadows, 2009; Daniel et al., 2011). De benadering vertoonde ook veel overeenkomsten met het model van de *afgestemde hulpverlening*, waarvoor in de VS wordt gepleit door Marsh, Ryan, Choi en Testa (2006). Dit model is bedoeld voor ouders met complexe problemen waaronder middelenmisbruik. In de meeste gevallen lag de nadruk aanvankelijk op praktische hulp tijdens een crisissituatie, onmiddellijke bedreiging van de eenheid van het gezin of (verergering van) problemen op het gebied van financiën of huisvesting. De aanpak die de IO-werkers hanteerden kan globaal worden beschreven als *relatiegerichte hulp*. De aanpak werd grotendeels ontleend aan praktijkmodellen, gebaseerd op een competentiegerichte benadering en ecologische inzichten. Er werd praktische en emotionele hulp geboden, waardoor een aantal ouders in een later stadium voldoende vertrouwen hadden om deskundige hulp te accepteren voor dieper gelegen psychologische of relationele problemen. De aanpak bleek in de meeste gevallen ‘therapeutisch’ te zijn, ook al werd er meestal geen specifieke ‘behandeling’ toegepast. Omdat het accent lag op het verbeteren van de kwaliteit van de opvoeding, werd ook gebruik gemaakt van pedagogische en ‘vormende’ benaderingen.

Aanvankelijk was er onenigheid met het gezinscentrum; er zat geen schot in, de moeder verzetste zich, ze wilde niet in therapie. Nu we een relatie met elkaar hebben opgebouwd, hebben we opnieuw gesproken over therapie en wil de moeder dat de situatie verbetert.
(interview met een IO-werker)

Omdat er veel urgente problemen waren, hadden de ouders meestal onvoldoende tijd, energie of motivatie om een van de aangeboden geprotocolleerde programma's af te ronden, zelfs als de hulp op individuele basis bij hen thuis werd gegeven. Sommige ouders hadden in het verleden deelgenomen aan deze programma's, maar waren er voortijdig mee gestopt. Daarom gebruikten de professionals relevante programmaonderdelen in plaats van een volledig programma in de oorspronkelijke opzet.

Tijdens de interviews met de professionals ‘van het eerste uur’ en hun supervisors binnen het FRP-team, maar ook tijdens het doornemen van de dossiers richtten we ons op het achterhalen van methoden of benaderingen met een specifieke theoretische onderbouwing. Individuele professionals gebruikten bij voorkeur één methode voor alle gezinnen met wie ze werkten: ongeveer de helft gebruikte de psychosociale methode, terwijl de andere helft koos voor een gedragsmatige benadering of een benadering op basis van ‘sociaal leren’. Supervisors stimuleerden de professionals echter om hun aanpak af te stemmen op de behoeften van het gezin, en deze aan te passen indien de omstandigheden daarom vroegen.

Dat is een van de pluspunten van het project: de flexibele reactie, erkennen dat elk gezin uniek is, en dat elke behoefte uniek is. We moeten ons aan hen aanpassen. Dat is beter dan dat zij zich aan een vooraf vastgesteld programma moeten aanpassen. (aldus een manager)

Een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg verwees naar de teamsamenstelling:

Daarom verloopt de samenwerking zo goed: zo veel verschillende personen met een verschillende achtergrond bij elkaar. Alles draait om het uitgangspunt, namelijk een gezin op weg helpen. Al deze verschillende benaderingen vullen elkaar goed aan. Soms is het gezin het meest gebaat bij een bepaald programma of een specifieke interventie, maar altijd als onderdeel van een groter geheel. Bij mijn werk met gezinnen pas ik de vaardigheden toe die nodig zijn, variërend van cognitieve gedragstherapie tot een reflectieve benadering.

Welke benadering ook werd gekozen, vaak werden vaardigheden op het gebied van belangenbehartiging en bemiddeling toegepast (in kwesties tussen partners in het gezin en ex-partners, tussen ouders en pubers, tussen broers en zussen, en tussen gezinsleden en overige familieleden of burens). Een belangrijke vaardigheid bleek het ‘uitleggen’ van bepaalde kwesties namens ouders en kinderen aan de lokale diensten om zo contacten te bevorderen met bijvoorbeeld functionarissen van plaatselijke woningbouwverenigingen, scholen en professionals in de gezondheidszorg. Soms was er sprake van ‘pendeldiplomatie’ (bijvoorbeeld om een jongere gemakkelijker terug te laten keren naar school of om spanningen te verminderen tussen het gezin en de burens of de huisbaas). Soms was het nodig om met de gezinsleden mee te gaan om hun situatie uit te leggen. Vooral voor gezinsleden die al bekend waren bij de instanties en te boek stonden als ‘niet-coöperatief’ of ‘agressief’ kon dit belangrijk zijn.

Hun vader voelde zich de afgelopen jaren in de steek gelaten door instanties. Ik ging naar hem toe. Hierin onderscheidt het FRP-traject zich van andere zorgprogramma's. Ik ging twee à drie keer per week op huisbezoek en bouwde een relatie met hem op. (aldus een deskundige).

Wat anderen niet voor elkaar hadden gekregen, lukte ons wel. Het gezin heeft zichzelf opnieuw uitgevonden (aldus een IO-werker).

In dit kader is het goed te wijzen op een belangrijke aanbeveling van Daniel et al. (2011), namelijk dat beleidsinitiatieven die erop zijn gericht ‘moeilijk bereikbare’ ouders beter te

helpen, moeten worden aangevuld met strategieën om instellingen zelf ook ‘bereikbaar te laten zijn’ voor cliënten.

3.4 Tussentijdse uitkomsten

Bereikte de FRP-hulpverlening de gezinnen voor wie deze was bedoeld? De eerder genoemde gezinskenmerken duiden erop dat het FRP-team hulp bood aan gezinnen die de bedenkers van het *Think Family*-programma voor ogen hadden. Afgezien van een kleine groep (van vijf à tien op de eerste honderd gezinnen), hadden de gezinnen die aan het FRP-traject begonnen meerdere en complexe behoeften. Ten minste één kind werd (naar verwachting) mishandeld of liep een forse ontwikkelingsachterstand op indien de gezinsproblemen niet zouden worden opgelost of verminderd.

Een empathische, eerlijke en betrouwbare houding van de hulpverlener is essentieel om de gezinsleden te helpen hun leven te veranderen. Daarom is het belangrijk erachter te komen of ten minste een van de teamleden een *vertrouwensrelatie* had kunnen opbouwen met ten minste een van de ouders. Omdat FRP-teamleden praktische hulp boden tijdens de eerste fase van het traject, zagen ouders en kinderen dat het team zich inzette voor kwesties die belangrijk voor hen waren. Hierdoor verbeterde het contact met de professionals van de lokale instellingen en leden van het FRP-team.

De meeste ouders en oudere kinderen hadden altijd een matige verstandhouding met hulpverleners gehad. Het was dan ook niet verwonderlijk dat het FRP-team slechts in minder dan de helft van de gevallen (n=15) een vertrouwensrelatie tot stand wist te brengen met de ‘belangrijkste’ ouder van het gezin. In 12 andere gevallen erkenden de ouders weliswaar dat de professionals betrokken waren, maar concludeerden de onderzoekers toch dat het vertrouwen in de professional op zijn best ‘wankel’ te noemen was. Dit gold vooral voor ouders met psychische problemen, en ouders die er niet in slaagden hun verslaving te overwinnen of een gewelddadige relatie te verbreken. In zes van de 33 gevallen lukte het de professionals - ondanks herhaalde pogingen - niet om de ouders daadwerkelijk voor het hulptraject te motiveren. Indien ouders niet gemotiveerd raakten, gingen IO-werkers soms toch een belangrijke rol in het leven van de kinderen spelen, creëerden ze gelegenheid voor sport en spel of hielpen zij tieners aan een baan of opleiding.

Tevredenheid onder teamleden is geen graadmeter voor het succes van een programma. Toch is deze factor wel degelijk relevant omdat deze leidt tot continuïteit onder werknemers, een laag ziekteverzuim en de vorming van een hecht team. Uit de interviews met managers, beheerders, IO-werkers en deskundigen kwam naar voren dat zij de doelen van het project en

hun eigen rol hierin duidelijk voor ogen hadden. Tevens bleken zij over het algemeen tevreden te zijn.

Ik vond het fantastisch. Het was een bijzondere ervaring. Wat vond ik het fijn hier te komen en te werken – weg van de eigen, toch wat naar binnen gerichte organisatie – want hier konden we multidisciplinair werken. Het project was een goede voorbereiding op de nieuwe manier van hulpverlening, namelijk het werken met een multidisciplinair team (aldus een gedetacheerde arts werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg). We hebben altijd al een goed contact gehad. Sinds ik hier ben, is de relatie alleen nog maar hechter geworden. Ik vind het heel prettig om samen te werken met maatschappelijk werkers (aldus een adviseur op het gebied van sociale uitkeringen, die parttime gedetacheerd was vanuit een vrijwilligersorganisatie voor gezinshulp).

Was de hulpverlening aan ouders en kinderen effectief? Hoe de effectiviteit van hulpverleningsprogramma's voor gezinnen met complexe problemen het beste kan worden gemeten, is onderwerp van discussie. De specifieke doelen van de eerdere FIP-programma's waarop het *Think Family*-traject gedeeltelijk was gebaseerd, en het *Troubled Families*-programma dat daarna werd geïntroduceerd, waren gemakkelijker te meten.

De effectiviteit van het FRP-traject is echter moeilijker vast te stellen, omdat ouders er om verschillende redenen aan deelnamen. In 18 van de 33 gezinnen waren er bijvoorbeeld geen problemen op het gebied van de schoolgang van kinderen. Daarom hoefde bij 15 gezinnen binnen de kleine FRP-groep het schoolverzuim niet te worden teruggedrongen (hetgeen een belangrijk doel is van het *Troubled Families*-programma). Het is moeilijker vast te stellen of kinderen minder gevolgen ondervinden van verslavingen en psychische of lichamelijke gezondheidsproblemen onder ouders door het hulptraject. We zagen ook dat 'kinderen buiten de hulpverlening houden' – een doel dat soms wordt toegeschreven aan dergelijke programma's – kan leiden tot perverse prikkels. Een goed geregelde toegang tot zorg met heldere, kortlopende of langlopende trajecten om het welzijn van het kind te bevorderen, kan immers leiden tot gunstige resultaten op de lange termijn. Zo kan het succes van het programma ook niet worden afgemeten aan het aantal gezinnen dat geen deskundige ondersteuning meer nodig heeft. Een positievere houding tegenover hulp die nodig blijft, is een betere graadmeter (ook al is dit moeilijker te meten dan wanneer een gezin 'niet meer in de boeken voorkomt'). Nadat het FRP-traject was afgerond, zouden (op één na) alle gezinnen in de onderzoeksgroep ondersteuning blijven krijgen van een maatschappelijk werker (26 van de 33 gezinnen) of van andere gespecialiseerde hulpverleners. Omdat professionals uit lokale

organisaties deelnamen aan het FRP-team, kon in de meeste gevallen het contact met ten minste één TAF-lid worden voortgezet na beëindiging van het intensieve FRP-traject.

De doelen die het vaakst werden behaald, waren verbeteringen in de materiële omstandigheden (75%), minder schoolverzuim en minder antisociaal gedrag onder kinderen. De doelen die minder vaak werden behaald, waren het volledig overwinnen van een drugs- of alcoholverslaving onder ouders of het beëindigen van langdurig geweld tussen de ouders (dat soms aanhield na een scheiding en rondom omgangsregelingen met de kinderen). In ongeveer 60% van de gevallen verbeterde de samenwerking met instanties en verbeterden de opvoedingsvaardigheden van ouders, in ieder geval gedeeltelijk. Praktische verbeteringen zoals betere huisvesting of vermindering van de schuldenlast droegen niet alleen bij aan de kwaliteit van leven van de ouders en kinderen, maar leidden meestal ook tot afname van stress binnen de gezinnen en een grotere emotionele beschikbaarheid van de ouders voor hun kinderen.

Het overkoepelende doel van het FRP-programma was om de veiligheid en het welzijn van de kinderen te verbeteren en verdere achteruitgang van hun gezondheid of ontwikkeling te voorkomen. Daarom stelden de onderzoekers een *beoordelingsprotocol* op waarin informatie uit alle bronnen werd verwerkt. Leden van het onderzoeksteam controleerden elkaars beoordelingen. Aan de hand van dit protocol werden veranderingen in het welzijn van de ouders en kinderen in kaart gebracht. Ongeacht de mate van verandering beoordeelden we ook of de kinderen bij afronding van het FRP-programma in ieder geval een gemiddeld welzijnsniveau hadden bereikt. De deelnemende gezinnen waren erg kwetsbaar en het FRP-traject duurde relatief kort. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het welzijn van een volwassene of kind in de meeste gezinnen als ‘lager dan gemiddeld’ werd beoordeeld, ook al waren in de meeste gevallen wel een paar doelen bereikt. Hoewel het welzijn van ten minste één kind in ongeveer 57% van de gezinnen verbeterde, kon het welzijn van alle kinderen bij slechts 39% van de gezinnen worden omschreven als ten minste ‘gemiddeld’ (vergeleken met een kind met vergelijkbare mogelijkheden of beperkingen in een vergelijkbare sociaal-economische groep).

In Tabel 1 worden de resultaten weergegeven op basis van deze zogeheten ‘global rating’, waarbij rekening wordt gehouden met alle beschikbare informatie. Hieruit blijkt dat bij het afsluiten van het traject het welzijn van ten minste enkele gezinsleden bij 63% van de gezinnen duurzaam was verbeterd. Bij vier andere gezinnen resulteerden de inspanningen van het FRP-team in verheldering van een complexe situatie. Er werd een zorgvuldig plan opgesteld om het welzijn van een paar uiterst kwetsbare kinderen te waarborgen en te

bevorderen door hen buitenshuis op te vangen. Het programma werd slechts bij vier gezinnen (12%) als niet succesvol beoordeeld, omdat er geen verbeteringen waren opgetreden of omdat het algemeen functioneren van het gezin achteruit was gegaan. Vier andere gezinnen liepen een verhoogde kans op terugval, omdat ze geen adequate hulp meer kregen nadat het traject was afgerond.

Tabel 1. Uitkomsten voor gezinnen na FRP-interventie (N=33)

Uitkomsten	Aantal gezinnen	
	absoluut	procentueel
Niet succesvol: géén verandering in welzijn van volwassenen of kinderen	4	12%
Sommige doelen behaald, nog steeds ernstige problemen, gezin krijgt géén hulp	4	12%
Sommige doelen behaald, nog steeds ernstige problemen, gezin krijgt wél hulp	4	12%
Sommige doelen behaald, nog steeds enkele problemen, gezin krijgt wél hulp	7	21%
Succesvol: meeste doelen behaald, nog steeds enkele problemen, gezin redt zich / krijgt hulp / zoekt naar verwachting op tijd hulp	8	24%
Succesvol: doelen grotendeels behaald, gezin redt zich goed, welzijn van kinderen is voldoende	2	6%
Nog steeds ernstige problemen, maar met hulp van FRP-team is helder plan opgesteld om welzijn te bevorderen	4	12%

Hierbij kan de volgende kanttekening worden geplaatst. Er kan niet worden gesteld dat het hulptraject een verbetering ‘teweeg heeft gebracht’, aangezien er geen controle- of vergelijkingsgroep voorhanden was. Er kan alleen worden gesteld dat er een verbetering of verslechtering is opgetreden in de periode waarin het traject werd doorlopen.

5. Discussie en conclusies

De onderzoekers beschikten over een grote hoeveelheid gegevens verkregen uit dossiers, observaties en interviews. Op basis hiervan luidt de hypothese dat het FRP-project in twee opzichten bijdroeg aan de (soms aanzienlijke) verbeteringen die werden waargenomen bij een aantal gezinnen welke (tijdelijk) niet konden voorzien in de behoeften van hun kinderen; op deze twee punten onderscheidde het FRP-project zich van de meeste andere intensieve interventiepilots. Ten eerste kon een verwijzing gemakkelijker tot stand komen, omdat er nauw werd samengewerkt met maatschappelijk werkers van lokale jeugdzorginstellingen. Het moment waarop intensieve ondersteuning een verandering in het leven van een gezin teweeg zou kunnen brengen, werd eerder herkend. Ten tweede bevorderde het FRP-programma de continuïteit van de hulpverlening en de opgebouwde relaties voor, tijdens en na de intensieve interventie. Hierdoor kon het FRP-team zich richten op gevallen waarin de veiligheid van het kind in gevaar was zonder helemaal van voren af aan te hoeven beginnen. Brandon et al. (2008) omschreven het zogeheten ‘start again syndrome’ (het ‘opnieuw moeten beginnen syndroom’) als een risico bij benaderingen gebaseerd op (versterking van) competenties van ouders.

Uit het onderzoek kwamen veel overeenkomsten, maar ook enkele verschillen naar voren tussen IO-werkers die gediplomeerde maatschappelijk werkers waren en IO-werkers die geen officiële diploma’s hadden. De eersten waren meestal minder risicomijdend en iets flexibeler in hun benadering. Vanwege intensieve supervisie door en intensief overleg met de teammanagers, die veel ervaring hadden op het gebied van maatschappelijk werk, kon echter een brede groep medewerkers worden aangenomen (met als voordeel een gevarieerder team qua professionele achtergrond en ervaring) voor minder geld dan wanneer uitsluitend gediplomeerde maatschappelijk werkers als IO-werker waren aangesteld. In dit opzicht verschilt het FRP-programma van de eerdere proefprogramma’s voor ‘probleemgezinnen’ zoals *Family Service Units* in Engeland en de intensieve hulpprogramma’s gericht op gezinsbehoud in de VS, die meestal werden uitgevoerd door gediplomeerde maatschappelijk werkers of therapeuten. Het programma komt op dit punt wel overeen met beschrijvingen van hulpverlening vanuit reguliere instellingen (Berry et al., 2006; Berry, McCauley, & Lancing, 2007).

Het FRP-team is een van de weinige vernieuwende, gespecialiseerde teams die kennis helpen genereren in het Verenigd Koninkrijk en daarbuiten omtrent het bereiken en helpen van kwetsbare kinderen en gezinnen die intensieve ondersteuning nodig hebben. Het programma vertoont veel overeenkomsten met de gespecialiseerde gezinsherenigingsprojecten in de VS (Berry et al., 2007; Pine, Spath, Werrbach, Jenson, &

Kerman, 2009) en de trajecten waar gezinnen naartoe wordt verwezen door gezinsrechtbanken of gespecialiseerde drugsrechtbanken (Kimberlin, Anthony, & Austin, 2009, in de VS; Harwin et al., 2011, in Engeland). Het verschil met deze programma's is dat de FRP-hulpverlening al in een iets vroegere fase van een kinderbeschermingstraject wordt ingezet.

Onze conclusies met betrekking tot de belangrijkste aspecten van effectieve hulpverlening aan gezinnen met complexe en meervoudige problemen komen sterk overeen met die van andere evaluaties van intensieve interventieprogramma's. In alle rapporten wordt vermeld dat betrouwbare contacten met een medewerker die het voortouw neemt en het gehele gezin intensief begeleidt uiterst belangrijk zijn. Hetzelfde geldt voor een doelgerichte werkwijze met een zekere mate van flexibiliteit qua duur en zwaarte van het FRP-traject en qua benadering en methode van hulpverlening en ondersteuning. We onderschrijven hetgeen Flint, Batty, Parr, Platt-Fowler en Nixon (2011, p.131) hierover vermelden:

'Het is niet mogelijk aan te geven welk specifiek programma of welke specifieke vorm van hulpverlening het effectiefst is. Het is belangrijker te onderkennen dat er diverse programma's en benaderingen aan te pas moeten komen om positieve resultaten te kunnen boeken bij een uiteenlopende groep jonge mensen en gezinnen. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat een succesvolle aanpak meestal de volgende kenmerken heeft: een holistische benadering van het gehele gezin, samenwerking met meerdere organisaties, een professional die het voortouw neemt, intensieve en langdurige inzet, en toegang tot gespecialiseerde hulp- en overheidsdiensten.'

Onze conclusies ondersteunen *niet* een van de belangrijkste uitgangspunten die ten grondslag lag aan de oorspronkelijke aanbestedingsdocumenten van *Think Family*-programma's (en die nog steeds terug te vinden zijn in een aantal recente initiatieven van de Engelse regering), namelijk dat experimenteel geëvalueerde 'modelprogramma's' die *programmatrouw* vereisen, centraal zouden moeten staan in de hulpverlening. Immers, een weinig flexibele benadering zou in ieder geval gezinnen met veel problemen die 'moeilijk te motiveren' of 'moeilijk te veranderen' waren niet hebben bewogen deel te nemen aan het traject. De meeste FRP outreach werkers waren opgeleid om een van de internationaal erkende modelprogramma's voor ouderschap uit te voeren. Zij pasten naar eigen inzicht een aantal instrumenten en technieken uit deze benaderingen toe, maar bleken zich niet aan de richtlijnen of handleidingen voor het gehele programma te houden.

Alle gedetailleerde verslagen van rechtstreekse contacten met gezinnen duiden op een brede aanpak die gestoeld is op de hulpverlening van de *Family Service Units* uit de jaren '60

van de vorige eeuw. Deze vorm van hulpverlening is aangevuld met recentere benaderingen voor gezinsondersteuning en -therapie, en met instrumenten en technieken die werden ontwikkeld in geëvalueerde modelprogramma's. Het taalgebruik van theoretici, professionals en wetenschappers mag dan veranderd zijn; in wezen hebben de huidige benaderingen van relatiegerichte hulp aan gezinnen met complexe problemen veel gemeen met de baanbrekende programma's waarmee de *Family Welfare Association* en de *Family Service Units* vanaf de '50-er jaren van de twintigste eeuw intensief hulp boden aan 'probleemgezinnen'.

Referenties

Barth, R. P., Landsverk, J., Chamberlain P., Reid, J. B., Rolls, J. A., Hurlburt, M. S., Farmer, E. M. Z., James, S., McCabe, K. M., & Kohl, P. J. (2005). Parent-training programs in child welfare services: Planning for a more evidence-based approach to serving biological parents. *Research on Social Work Practice, 15*(5), 353-371. doi:10.1177/1049731505276321

Berry, M., Brandon, M., Chaskin, R., Fernandez, E., Grietens, H., Lightburn, A., McNamara, P., Mundford, R., Palacio-Quinton, J., Sanders, C., & Warren-Adamson, C. (2006). Identifying sensitive outcomes of interventions in community-based centres. *International Journal of Child and Family Welfare, 9* (1/2), 2-10.

Berry, M., McCauley, K., & Lansing, T. (2007). Permanency through group work: A pilot Intensive Reunification Program. *Child and Adolescent Social Work Journal, 24*(5), 477-493. doi:10.1007/s10560-007-0102-0

Bewley, H., George, A., Rienzo, C., & Portes, J. (2016). *National evaluation of the Troubled Families Programme: National impact study report*. London: Department for Education.

Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J., & Black, J. (2008). *Analysing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn?* London: Department for Children, Schools and Families.

Brandon, M., & Connolly, J. (2006). Are intensive family preservation services useful? A study in the United Kingdom. *Journal of Family Preservation, 9*(1), 56-69.

Brandon, M., Sorensen, P., Thoburn, J., Bailey, S., & Connolly, S. (2015). Turning points or turning around: Family Coach Work with 'troubled families'. *International Journal of Child and Family Welfare*, 16(1/2), 57-77.

Broadhurst, K., Wastell, D., White, S., Hall, C., Pechkover, S., Thompson, K., Pithouse, A., & Davey, D. (2009). Performing 'initial assessment': Identifying the latent conditions for error at the front door of local authority children's services. *British Journal of Social Work*, 40(2), 352-370. doi:10.1093/bjsw/bcn162

Cabinet Office (2007). *Reaching Out: Think Family*. London, UK: Author.

Casey, L. (2013). Working with troubled families. *Families, Relationships and Societies*, 2(3), 459-461.

Crossley, S. (2018). *Troublemakers: The construction of 'troubled families' as a social problem*. Bristol, UK: The Policy Press.

Daniel, B., Taylor, J., & Scott, J., with Derbyshire, D. & Neilson, D. (2011) *Recognising and helping the neglected child: Evidence-based practice for assessment and intervention*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Davies, K. (ed.) (2015). *Social work with troubled families: A critical introduction*. London: Jessica Kingsley Publishers.

DCLG [Department for Communities and Local Government] (2012). *Working with troubled families*. London, UK: DCLG.

Department for Education (2010). *Think Family Toolkit, Guidance Note 05*. London. UK: Author. Geraadpleegd via: <http://dera.ioe.ac.uk/9475/15/Think-Family05.pdf>

Department of Health (1995). *Child Protection: Messages from Research*. London, UK: HMSO.

Department of Health (2001). *The Children Act Now: Messages from Research*. London, UK: HMSO.

Dixon, J., Schneider, V., Lloyd, C., Reeves, A., White, C., Tomaszewski, W., Green, R., & Ireland, E. (2010). *Monitoring and evaluation of family interventions* [Information on families supported to March 2010]. London, UK: Department for Education.

Flint, J., Batty, E., Parr, S., Platt-Fowler, D., & Nixon, J. (2011). *Evaluation of Intensive Intervention Projects*. London, UK: Department for Education.

Garrett, P. M. (2007). 'Sinbin' solutions: The 'pioneer' projects for 'problem families' and the forgetfulness of social policy research. *Critical Social Policy*, 27(2), 203-230.
doi:10.1177/026108306075711

Gregg, D. (2010). *Family intervention projects: A classic case of policy-based evidence*. London, UK: Centre for Crime and Justice Studies.

Handler, J. F. (1973). *The coercive social worker: British lessons for American social services*. New York / London: Academic Press.

Harwin, J., Ryan, M., Tunnard, J., Pokhrel, S., Alrouth, B., Matias, C., & Schneider, M. (2011). *The Family Drug and Alcohol Court (FDAC) Evaluation Project - Final Report*. London, UK: Brunel University.

Kendall, S., Rodger, J., & Palmer, H. (2010). *Redesigning provision for families with multiple problems: An assessment of the early impact of different local approaches*. London, UK: Department for Education.

Kimberlin, S. E., Anthony, E. K., & Austin, M. J. (2009). Re-entering foster care: Trends, evidence, and implications. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 471-481.
doi:10.1016/j.childyouth.2008.10.003

Knorth, E. J. (2010). Messages from Research: kwaliteit van zorg doet ertoe. *Kind en Adolescent*, 31(1), 41-44.

Lindsay, G., Strand, S., Cullen, M. A., Cullen, S., Band, D., Davies, H., Conlon, G., Barlow, J., & Evans, R. (2011). *Parenting early intervention programme evaluation*. London, UK: Department for Education.

MacMillan, H., Wathan, N., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J., & Taussig, H. (2009). Interventions to prevent maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 237(9659), 250-266. doi:10.1016/S0140-6736(08)61708-0

Marsh, J. C., Ryan, J. P., Choi, S., & Testa, M. F. (2006). Integrated services for families with multiple problems: Obstacles to family reunification. *Children and Youth Services Review*, 28(9), 1074-1087. doi:10.1016/j.childyouth.2005.10.012

Morris, K., Hughes, N., Clarke, H., Tew, J., Mason, P., Galvani, S., Lewis, A., & Loveless, F. (2008). *Families at risk: Literature review*. Birmingham, UK, University of Birmingham.

National Centre for Social Research (2011). *Monitoring and evaluation of family intervention projects and services to March 2011*. London: Department for Education.

Nixon, J., Parr, S., Hunter, C., Myers, S., Sanderson, D., & Whittle, S. (2008). *The longer term outcomes for families who had worked with Intensive Family Support Projects*. London, UK: Department for Communities and Local Government (DCLG).

Pawson, H., Flint, J., Scott, S., Atkinson, R., Bannister, J., McKenzie, C., & Mills, C. (2005). *The use of possession actions and evictions by social landlords*. London: Office of the Deputy Prime Minister.

Philp, A. F. (1963). *Family failure*. London, UK: Faber.

Philp, A. F., & Timms, N. (1962). *The problem of the problem family*. London, UK: Family Service Units.

Pine, B. A., Spath, R., Werrbach, G. B., Jenson, C. E., & Kerman, B. (2009). A better path to permanency for children in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1135-1143. doi:10.1016/j.childyouth.2009.07.006

Quinton, D. (2004). *Supporting parents: Messages from research*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Rojeck, C., & Collins, S. (1987) Contract or Con Trick? *British Journal of Social Work*, 17(2), 199-211. doi:10.1093/oxfordjournals.bjsw.a055324

Sanders, M., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003a). Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse is essential *Child Abuse Review*, 12(3), 145-154. doi:10.1002/car.797

Sanders, M., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003b). The Triple P-Positive Parenting Programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12(3), 155-171. doi:10.1002/car.798

Schuerman, J. R., Rzepnicki, T. L., & Littell, J. H. (1994). *Putting families first: An experiment in family preservation*. New York, NY: Aldine de Gruyter.

Spratt, T. (2009). Identifying families with multiple problems: Possible responses from child and family social work to current policy developments. *British Journal of Social Work*, 39(3), 435-450. doi:10.1093/bjsw/bcm150

Taylor, J., & Thoburn, J. (2015). *Collaborative practice with vulnerable children and their families*. London, UK: CRC Press.

Thoburn, J. (2010). Towards knowledge-based practice in complex child protection cases: A research-based expert briefing. *Journal of Children's Services*, 5(1), 9-24. doi:10.5042/jcs.2010.0114

Thoburn, J. (2013). 'Troubled families', 'troublesome families' and the trouble with payment by results. *Families, Relationships and Societies*, 2(3), 471-475.

Thoburn, J., Cooper, N., Connolly, S., & Brandon, M. (2013). The place of 'think family' approaches in child and family social work. *Children and Youth Services Review*, 35, 228-236. doi:10.1016/j.chidyouth.2012.11.009

Tunstill, J., Aldgate, J., & Thoburn, J. (2010). Promoting and safeguarding the welfare of children: A bridge too far? *Journal of Children's Services*, 5(3), 14-24.
doi:10.5042/jcs.2010.0547

Tunstill, J., Blewett, J., & Meadows, P. (2009). *An evaluation of the delivery of targeted family support by Action for Children*. London, UK: Action for Children.

Tunstill, J., Meadows, P., Akhurst, S., Allnock, D., Chrysanthou, J., Garbers, C., Morley, A., & the NESS Team (2005). *Implementing Sure Start local programmes: An in-depth study*. London, UK: Department for Children, Schools and Families (DCSF).

York Consulting (2011). *Turning around the lives of families with multiple problems. An evaluation of the Family and Young Carer Pathfinder Programmes*. London, UK: Department for Education.